ITEM 247 : MODIFICATION THERAPEUTIQUE DU MODE DE VIE

MODIFICATIONS THERAPEUTIQUES DU MODE DE VIE

- Concernent **l'alimentation** et **l'activité physique,** enjeux majeurs dans la prise en charge de pathologies nutritionnelles (obésité, maladies métaboliques, dénutrition), pour la plupart des maladies chroniques.
- Concernent l'observance des **traitements médicamenteux**, et la gestion des **conduites à risque** : tabac, alcool.
- Développement des **compétences psychosociales** (ou d'adaptation), renforcement de **l'estime de soi, gestion du stress** → favoriser la mise en place d'un changement de comportement, son maintien dans le temps (++ populations socialement défavorisées).
- Autres : amélioration du sommeil, organisation des loisirs, du rythme de vie, de la vie sociale et relationnelle.

Principes :
- **Définition individualisée** d'objectifs éducatifs
- **Progressivité**
- **Accompagnement**

Abandon du terme « règles hygiénodiététiques » (approche « enfermante » et normative, connotation négative empreinte de jugement).

EVALUATION DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Evaluation

Avant toute modification alimentaire, recherche de difficultés dans la relation avec l'alimentation, et la situation alimentaire en rapport avec une pathologie/problématique.

Difficultés dans la relation avec l'alimentation	- **Impulsivité alimentaire** (compulsions ou accès de boulimie) - **Compulsion** : envie irrépressible de manger sans perte de contrôle au cours de l'acte (choix d'aliments plaisants, et consommés sans frénésie, en quantités limitées) - **Accès boulimique** : envie irrépressible de manger avec perte de contrôle au cours de l'acte (consommation des aliments avec avidité et/ou en grande quantité et/ou absence de sélection des aliments plaisants) - **Restriction cognitive** : limitation volontaire des apports alimentaires (exclusion des aliments « plaisir ») pour contrôler son poids, qui favorise l'impulsivité alimentaire ; restriction cognitive non forcément associée à une réduction effective des apports énergétiques.
Situation alimentaire en rapport avec la pathologie/problématique	Situation pathologique donnée indiquant des changements souhaitables : - forte consommation d'**aliments à densité énergétique élevée** (graisses « cachées » : fromage, viande grasse, fritures, biscuits, viennoiseries, etc.) - forte consommation de **matières grasses ajoutées** (beurre, mayonnaise, graisses de cuisson, etc.) - forte consommation de **sucres simples (sucre, miel, confiture, sodas**) ou de **pain** - **boissons** consommées pendant et hors des repas (et consommation moyenne d'alcool) - fréquence de consommation des **fruits et légumes** - **f**réquence de consommation des **produits laitiers**

ALIMENTATION

Prescription diététique

→ **Prescription médicale écrite** obligatoire chez le patient hospitalisé nécessitant un régime alimentaire spécifique : type d'alimentation (diabétique…), texture (mixé…), nombre de collations et horaires, aide aux repas, mesures posturales de prévention des fausses routes, etc.

Conseil diététique	= Réalisable par tout médecine ± possible recours à une **diététicienne.** Pas de standardisation → **personnalisation.** - Inclure l'alimentation dans le projet thérapeutique, en pesant le rapport bénéfice/risque au long cours (risque de dénutrition, carence, restriction cognitive) - Evaluation du patient (pathologie, terrain), du comportement alimentaire et de la diététique - Conseil nutritionnel et d'activité physique **Objectifs éducatifs** portant sur : - **Répartition** des repas dans la journée, **structuration** - **Vitesse d'ingestion** alimentaire, **identification des signaux internes** de faim et de rassasiement - Plus grande **diversification** alimentaire - Diminution des aliments gras/sucrés/salés ou des boissons sucrées/alcoolisées en excès - Prévention et corrections des hypoglycémies, apprentissage des équivalences glucidiques (diabétique)
Hyper-cholestérolémie	- Limiter l'apport lipidique : - ↘ Consommation d'acides gras saturés et poly-saturés oméga 6 - ↗ Consommation d'acides gras insaturés et poly-saturés oméga-3 - Favoriser la consommation de fruits, légumes et poisson - Corriger l'excès de consommation d'aliments riches en cholestérol - Conseiller l'utilisation de margarine riche en phytostérols (sans bénéfice prouvé)
Hyper-triglycéridémie	- Corriger l'excès de consommation de glucides simples et d'alcool - Valoriser les lipides riches en AG mono-insaturés et oméga 3 (huile de colza…)
Goutte/ hyperuricémie	- Eviter les aliments riches en **purine** - **Hyperhydratation** avec **diurèse alcaline** (**eau de Vichy**) - **Eviter l'alcool** (1 verre de vin/repas)
HTA	- Correction des apports soldés excessifs chez le normotendu - **Restriction sodée à < 6 g/jour si HTA** (NB : Seulement 45% des hypertendus répondent à un régime hyposodé) - **Eviter l'alcool** (1 verre de vin/repas)
Insuffisance cardiaque	- **Restriction sodée** selon la gravité de l'insuffisance cardiaque - **Restriction hydrique** lors des décompensations avec œdème périphérique - Prévention/traitement de la **dénutrition** - **Limiter les apports d'alcool**
Insuffisance respiratoire	- Attention à la **dénutrition** (aggrave la fonction respiratoire par amyotrophie et ↓ CRF) - **Diminuer les apports glucidiques** au **profit des apports lipidiques et protéiques**
Protéinurie ou syndrome néphrotique	- **Restriction sodée** en cas d'œdèmes, sinon correction des apports excessifs - **Limiter les apports protidiques** à 0,8 g/kg/j (si excès de poids, cible IMC 25) - **Limiter les AG saturés**, **augmenter les AG mono-insaturés** - **Diminuer les glucides simples** - Supplémentation en **calcium** et **vitamine D**
Insuffisance rénale chronique	- Eviter les régimes restrictifs - **Apports contrôlés en sodium et en eau** (selon le poids et la natrémie) - **Limiter les apports protidiques** à 0,8 g/kg/j en maintenant des apports énergétiques élevés - Prévention de la **dénutrition** (**impact pronostique majeur** sur mortalité), **augmenter les apports protidiques** en cas d'hypoalbuminémie - **Augmenter les apports vitamino-calciques**, sans apport de phosphore (produits laitiers) Au stade sévère : - **Eviter les glucides d'index glycémique élevé** - **Restriction potassique**

	Corticothérapie au long cours	- Régime normo- ou hypocalorique - **Apports protidiques > 1 g/kg/l** si > 50 mg de corticoïdes - Eviter les **sucres d'index glycémique élevé** - **Restriction sodée** si > 20 mg de corticoïdes - Supplémentation **potassique** - **Assurer des apports calciques à** 1200 mg/j (supplémentation selon les habitudes alimentaires) - Supplémentation en **vitamine D** (800 UI/j)
	Lithiase urinaire récidivante	- Diurèse forcée **> 2 litres**/j, boissons faiblement minéralisées - Correction des **déséquilibres alimentaires : limitation des protéines animales, des sucres et du sel, régime riche en fibres** **Calciurie** : ↗ par protéines animales, sucres affinés, sel, ↘ par fibres **Citraturie** (inhibe la cristallisation) : ↘ par protéines et pH urinaire **Acide urique** : ↗ cristallisation
	Ostéoporose	- Augmentation des **apports vitaminocalciques** - Prévention/traitement de la dénutrition - Arrêt du tabac, limitation de l'alcool
	RGO	Formes modérées au long cours : conseils diététiques significatifs sur qualité de vie et recours aux médicaments : - Limiter **alcool** et arrêt **tabac** - Limiter **apports en matières grasses**, éviter repas abondants - Eviter l'excès de **chocolat/café** - Corriger une **tachyphagie**
	Cirrhose	- Arrêt complet et définitif des boissons alcoolisées - Régime hyposodé 3-4 g/j - Pas de restriction hydrique
	Maladie cœliaque	- Eviction des aliments contenant du gluten (blé, seigle, orge) - Consultation diététicien(ne)
	Troubles fonctionnels digestifs	- Modération de la consommation de **glucides peu absorbables** « **FODMAP** » (sucres-alcools, celluloses modifiées, polydextroses, sorbitol, etc.) - **Ballonnements** : éviter boissons gazeuses, pain de mie, croissants et légumes secs - **Constipation** : supplémentation en fibre

ACTIVITE PHYSIQUE

- **Activité physique** : - 4 paramètres : contexte, fréquence, durée et intensité
  - 3 types : - **Activité d'endurance** (vélo, jogging…) : longue durée, intensité faible/modérée
    - **Activité de résistance** (sprint) : faible durée, intensité élevée
    - **Activité en alternance** (jeux de ballon) : alternance endurance/résistance
- **Sédentarité** : activité spécifique dont la DET est proche de la DER (position assise ou couché : écran…)

Types

Activité d'endurance	= De longue durée avec intensité faible ou modérée : **marche, vélo, natation, jogging…** - D'intensité modérée : 40 à 60% de la VO_2 max ou 3 à 6 MET ➝ Le patient a une accélération du rythme respiratoire, mais peut ne pas transpirer - De longue durée : > 30 minutes
Activité de résistance	= De courte durée avec intensité élevée : **renforcement musculaire, sprint…** - D'intensité élevée : > 60% de la VO_2 max ou > 6 MET ➝ Le patient transpire et a une accélération franche du rythme cardiaque
➝ Combiner exercices d'endurance et de résistance ➝ Intensité adaptée : sans dépasser 50 à 70% de la FMT (220 – âge)	

Effets bénéfiques

- Réduction de la **mortalité prématurée** de **30%**
- Réduction du risque de survenue de **cancers** : **colorectal** (-30%), **sein** (-20%), **prostate, endomètre, poumon**…
- Réduction du risque de **maladies cardiovasculaires** de 20 à 35%
- Réduction du risque de **diabète de type 2** (de 60% chez les sujets à risque intolérants au glucose)
- Réduction du risque **d'ostéoporose** chez la femme
- **Aide à la régulation du poids corporel** (empêche la prise de poids, mais ne fait pas perdre de poids)
- **Maintien de l'autonomie** chez le sujet âgé
- Amélioration de la **qualité de vie, associé** à un **bien-être psychologique**, **réduit l'anxiété et la dépression**

Prescription de l' activité physique

Evaluation	**= Niveaux habituels d'activité physique, de sédentarité, activités habituelles, motivation et centres d'intérêt** - **Interrogatoire**, **questionnaire**, **carnet de recueil**, **podomètre/accéléromètre**, **calorimétrie** - Préciser le contexte (professionnel, vie quotidienne ou loisir), la durée, la fréquence, l'intensité et le temps d'activité sédentaire
Bénéfices	**- Prévention primaire** ou relatif à une **pathologie** (cardiovasculaire, cancer, obésité, diabète…)
Risques	- Risque de **mort subite** (généralement pathologie cardiovasculaire révélée à l'effort) - Selon une **pathologie sous-jacente** (diabète, obésité, asthme…)
Motivation	- Evaluation : le patient en a-t-il envie ? se sent-il capable ? est-il prêt ? - Repérer les obstacles : - **Physique** : faible capacité d'endurance, déficit… - **Psychologique** : expérience antérieure négative, faible estime de soi… - **Socio-environnementale** : manque de temps, problème d'accès aux structures, absence de soutien de l'entourage…
Objectifs	Principes : - Définition **d'objectifs personnalisés** (niveau d'activité physique, obstacles, motivation, expérience vécue, situation médicale et psychosociale), en présentant l'activité physique comme un enjeu de **santé** et de **qualité de vie** - Donner des **repères quantitatifs** et **conditions d'exercice sécurisées** - Suivi : - **Evaluer les effets** (positifs et négatifs) et **difficultés** dans la mise en œuvre des objectifs, adaptation au fur et à mesure - **Accompagnement** de la personne dans la durée, proposition d'un accompagnement spécifique (éducateur médicosportif). Plusieurs niveaux : - **1er niveau** : lutte contre la sédentarité - **2e niveau** : accroissement de l'activité physique du quotidien - **3e niveau** : mise en place d'une activité physique régulière
Recommandation	- Au moins **150 minutes**/semaine **d'activité d'endurance d'intensité modérée** (marche rapide) : soit 30 minutes/jour (en 1 ou plusieurs sessions > 10 minutes) pendant 6 jours/semaine - Au moins **75 minutes - 100 min** /semaine **d'activité d'endurance d'intensité élevée** (jogging…) ➝ Ou association d'activité d'endurance d'intensité modérée et d'intensité élevée - Au moins **2 fois par semaine des activités de renforcement musculaire** - **Bénéfices supplémentaires** si activité physique d'intensité **modérée > 300 min/semaine**